

Jahresbericht 2013



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Carlo Conti
Präsident GDK
Regierungsrat Kanton Basel-Stadt

Die Gesundheitspolitik kann man in der Schweiz nicht auf dem Reissbrett neu erfinden. Zu viele Akteure sind darin eingeflochten, zu stark wirken historisch gewachsene Strukturen. Es besteht auch gar kein Bedarf für ein solches Planspiel, ist doch die Versorgung in der Schweiz nach wie vor auf einem hohen Niveau. Das wird auch von der Bevölkerung so empfunden und geschätzt. Dennoch muss einiges überdacht, weiterentwickelt, reformiert werden: Ich denke dabei an eine bessere Verketzung der Leistungsbereiche, eine klarere und effizientere Übermittlung von Informationen und Dokumentation von Leistungen, einheitlichere Qualitätsmessungen oder eine Anpassung der Versorgungsstrukturen an die demografischen Veränderungen. Hier haben Bund und Kantone als politische Verantwortliche für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im vergangenen Jahr wichtige Impulse gegeben. Die Zusammenarbeit hat sich verbessert und es besteht ein gegenseitiger Respekt für die jeweiligen Zuständigkeiten. Wir suchen gemeinsam nach Lösungen in der besseren Versorgung dementer Personen, der Umsetzung der eHealth-Strategie oder einer Nachfolgeregelung für die zeitlich befristete Zulassungsbeschränkung. Zusammen werden Strategien oder Masterpläne erarbeitet gegen den Krebs, zur Förderung der Hausarztmedizin oder der Pflegeberufe.

Ich stelle aber auch fest, dass das Bundesparlament weniger konsequent die föderalen Zuständigkeiten zu respektieren bereit ist und oft zentralistische Lösungen favorisiert. Auf meine Zeit als Gesundheitsdirektor zurückblickend kann ich feststellen, dass man gut gefahren ist, die unterschiedlichen Mentalitäten und Bedürfnisse der

Kantone zu berücksichtigen, sei es in der Prävention, der Finanzierung oder der Versorgung. Auf der anderen Seite tun auch die Kantone gut daran, im Gesundheitswesen ihre Kräfte über die Kantonsgrenzen hinweg regional zu bündeln. So macht es beispielsweise Sinn, dass grössere Spitäler im Zeitalter der Patientenfreizügigkeit auch überregional Versorgungsaufgaben wahrnehmen, so lohnen sich nötige Investitionen mehr und die medizinische Expertise kann weiterentwickelt werden. Mit einer solchen Kooperationsstrategie können Kantone mit einem einleuchtenden Tatbeweis Zentralisierungsbestrebungen entgegenreten.

Aus einem weiteren Grund müssen die föderalen Kräfte gebündelt werden: Die demografische Entwicklung mit einer alternden Bevölkerungsstruktur wird uns vor neue grosse Herausforderungen stellen: Erstens sind neue oder angepasste Versorgungsmodelle gefragt, auch ausserhalb der stationären Betreuung. Zweitens wird die Finanzierung für die medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung der Betagten für die Kantone zur steigenden Last. Drittens gilt es, die richtigen Fachkräfte in genügender Zahl auszubilden und ihre interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Dabei müssen wir auch den ausländischen Fachkräften, ohne die unser Gesundheitswesen nicht mehr auf den Füßen zu stehen vermag, Sorge tragen.



Planung der Akutsomatik verwendet. Im Jahr 2013 wurde erstmals der von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte SPLG-Grouper publiziert und den Kantonen sowie Spitälern gegen eine moderate Lizenzgebühr zur Verfügung gestellt. Der SPLG-Grouper verwendet die Daten der Medizinischen Statistik als Input und teilt anhand der Diagnose-(ICD) und Operationscodes (CHOP)

Die GDK hat die Kantone bei verschiedenen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Vollzug des KVG unterstützt.

Spitalfinanzierung

Den Kantonen kommt die Aufgabe zu, die von den Tarifpartnern ausgehandelten Spitaltarife zu prüfen und zu genehmigen oder – bei Nichteinigung – Tarife festzusetzen. Die Verhandlungsergebnisse oder Festsetzungsanträge für die stationären Tarife 2012 lagen in den meisten Kantonen erst im Laufe des Jahres 2013 vor. In der Zwischenzeit galten die von den Kantonen festgelegten provisorischen Tarife. Verkompliziert wurde die Situation durch die zahlreichen Beschwerden vor Bundesverwaltungsgericht. Die ersten Leitentscheide des Bundesverwaltungsgerichts werden für 2014 erwartet. Diese werden sicherlich dazu führen, dass die rechtliche Ausgangslage für die Tarifverhandlungen und allfällige Festsetzungen in den Folgejahren klarer ist. Bis dahin gilt es, im Tarifschmelze den Überblick zu wahren. Die GDK hat durch eine zentrale Verlinkung der von den Kantonen publizierten Kostenteiler und Spitaltarife dazu beigetragen, die Transparenz soweit möglich zu erhöhen. Der regelmässige Fachaustausch via Fachgremien hat unter den Kantonen die gemeinsame Handhabung von Tariffragen in der schwierigen Übergangsphase seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung gefördert.

Spitalplanung

Das von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte Leistungsgruppenkonzept mit rund 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und spezifischen Anforderungen wird mittlerweile von vielen Kantonen für die

jeden Fall eindeutig einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe zu. Dadurch kann zum Beispiel geprüft werden, ob der kantonale Leistungsauftrag erfüllt bzw. bei welchen Behandlungen dieser eventuell verletzt wurde.

Pflegefinanzierung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung überlässt den Kantonen einen erheblichen Spielraum in der konkreten Umsetzung. Dies ist aus Sicht der GDK angesichts der unterschiedlichen, gewachsenen Strukturen in der Langzeitpflege sinnvoll. Bezüglich Harmonisierung der Pflegebedarfserhebungsinstrumente, der Regelung der Zuständigkeit bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten und bezüglich Vereinheitlichung der Methodik zur Festlegung von normativen Pflegekosten pro Bedarfsstufe besteht weiterhin Diskussionsbedarf. Die GDK bringt die Interessen der Kantone in diese Diskussionen ein.

Krankenkassenprämien

Durch Aufbereitung und übersichtliche Darstellung der Prämienanteile unterstützt die GDK die Kantone in deren Möglichkeit, zu den Prämienanteilen der Krankenversicherer Stellung zu nehmen. In einem 2013 gestarteten Prozess sollen diese Abläufe und die Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde noch optimiert werden. Auf politischer Ebene haben im Jahr 2013 die Vorlage zum rückwirkenden Prämienausgleich sowie die Beratungen rund um ein zukünftiges Aufsichtsgesetz und dessen Regelung zur Prämienausgestaltung die GDK sehr bewegt.

Im Zentrum der Behandlung und Pflege steht immer der Patient oder die Patientin. Dazu muss er oder sie aber umringt werden von gut qualifizierten Gesundheitsfachkräften, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Eine grosse Anzahl der Aktivitäten der GDK dreht sich deshalb um die Sicherung von genügend Personal, welches mit der richtigen Qualifikation am richtigen Ort tätig ist; dies unter den drei Stichworten: mehr ausbilden, steuern wo nötig, gerecht finanzieren.

Ärztliche Versorgung stärken und wo nötig steuern

Die GDK setzte sich zusammen mit weiteren Partnern für eine Steigerung der Zahl von Ausbildungsplätzen für das Medizinstudium ein. Es wurde angeregt, dafür auch mehr Bundesmittel aufzuwenden, welche aber erst mit der BFI-Botschaft 2017–2020 vorgesehen sind. Fördermassnahmen laufen auch speziell für die Grundversorger im Rahmen des Masterplans «Hausarztmedizin und Grundversorgung». Die Kantone finanzieren insbesondere Praxisassistenten in Hausarztpraxen mit. Zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung wurde den Kantonen eine interkantonale Vereinbarung zur Vernehmlassung unterbreitet. Aufgrund des Ergebnisses der Vernehmlassung sah sich der Vorstand der GDK veranlasst, der Plenarversammlung vom 21. November 2013 Anpassungen der Vereinbarung vorzuschlagen, die im Hinblick auf die Hauptkritikpunkte eine finanzielle Entlastung der Zahlerkantone erlauben. Der entsprechend überarbeitete Entwurf der Vereinbarung wurde von der Plenarversammlung als Kompromiss angenommen. Gleichzeitig beschloss die Plenarversammlung, die geänderte Vereinbarung den Kantonen nochmals zu unterbreiten, um eine definitive Verabschiedung der Vereinbarung im Jahr 2014 zu ermöglichen.

Doch nicht nur Fördermassnahmen, auch Steuerungs- massnahmen wurden weiterentwickelt. Im Rahmen des



Dialogs Nationale Gesundheitspolitik und an zwei «Runden Tischen» brachte sich die GDK mit einer Anschlusslösung an die befristete Zulassungsbeschränkung für Ärzte ein. Sie soll es erlauben, bei Bedarf und unter Federführung der Kantone bei Über- und Unterversorgung korrigierend einzugreifen.

Auch Pflegeberufe im Fokus

Weiterhin setzte sich die GDK auch beim Pflege- und bei anderem Gesundheitsfachpersonal für eine Stärkung im Ausbildungsbereich, wirksame Finanzierungsreformen und Berufspromotion ein. Im Rahmen des «Masterplans Bildung Pflegeberufe» werden die verschiedenen Massnahmen auf allen Bildungsebenen aufeinander abgestimmt. Die GDK beteiligt sich deshalb schwerpunktmässig auch an der Erarbeitung des Gesundheitsberufegesetzes und brachte ein Modell zur Abgeltung der Berufspraktika in den Pflegeausbildungen zur Umsetzungsreife. Zudem beantragte die Plenarversammlung der GDK der EDK im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über Beiträge an die Bildungsgänge der Höheren Fachschulen (HFSV) die Beiträge der Wohnkantone an die Studiengänge aufgrund des öffentlichen Interessens von 50 auf 90 Prozent der Standardkosten zu erhöhen. Schliesslich beauftragt die GDK mit einer Leistungsvereinbarung OdASanté, mit Kommunikationsmitteln auch die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu fördern.



Gesetzesentwurf verabschiedet und an das Parlament überwiesen. Die GDK begrüsst den Vorschlag des Bundes, hat aber die Verkürzung der Übergangsfrist bis zur Einführung eines Obligatoriums für die Spitäler von fünf auf drei Jahre, die Verpflichtung der Leistungserbringer nicht nur zum Anschluss an das EPD, sondern auch zur Nutzung des EPD, und

die Verwendung der AHV-Nummer anstelle einer neuen EPDG-Patientenidentifikations-Nummer gefordert.

Die GDK unterhält seit 2008 für die Umsetzung der gemeinsam verfassten Strategie mit dem Bund ein Koordinationsorgan «eHealth Suisse». Das Zentralsekretariat GDK und diverse Kantone beteiligen sich auf allen Ebenen aktiv an den Arbeiten von «eHealth Suisse».

die Verwendung der AHV-Nummer anstelle einer neuen EPDG-Patientenidentifikations-Nummer gefordert.

Wichtig waren 2013 die Publikation der Empfehlungen IV zu «Standards und Architektur», die Empfehlungen I zu Semantik und Metadaten sowie die Definition der Austauschformate für das elektronische Impfdossier, für die Laborbefunde im Transplantationsprozess und die meldepflichtigen Laborbefunde an die Sektion Meldesysteme des BAG. Die Empfehlungen IV zu «Standards und Architektur» definieren, mit welchen Komponenten und Abläufen die Kommunikation zwischen eHealth-Gemeinschaften gestaltet werden soll. Die technischen und semantischen Standards, die für den einheitlichen Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen IT-Systemen der Akteure notwendig sind, werden durch Austauschformate definiert. Wie in Zusammenarbeit mit federführenden Organisationen von Behandelnden solche Austauschformate erarbeitet werden sollen, ist in einem Konzept festgehalten worden. Damit Sender und Empfänger einer Information auch das Gleiche verstehen, muss neben der technischen Interoperabilität auch die semantische Interoperabilität gewährleistet werden.

Umsetzungsprojekte in den Kantonen

Neben der Definition technischer Standards für den elektronischen Austausch von Gesundheitsdaten liegt eine wichtige Aufgabe in der Förderung von Umsetzungsprojekten in den Kantonen. Die in diesen Projekten gewonnenen Erkenntnisse sind neu in einer Datenbank strukturiert zugänglich. So kann aus den bereits laufenden eHealth-Projekten gelernt und an anderem Ort profitiert werden. Neue Evaluationsergebnisse und Projektbeschreibungen werden laufend auf der Plattform veröffentlicht.

Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)

Die Geschwindigkeit und die Intensität, mit der sich das Thema eHealth in den Kantonen verbreitet, sind zwar weiterhin unterschiedlich, das Engagement der Kantone nahm aber auch 2013 weiter zu. Projekte bestehen inzwischen in den Kantonen ZH, LU, FR, BS, SG, AG, TI, VD, VS und GE. Der Kanton Wallis erhielt 2013 für sein Projekt Infomed das Label «Überregional». Das Projekt Infomed ist eingebettet in eine kantonale Strategie für die Entwicklung einer Gesundheits-Informationsplattform zur Förderung des Informationsaustausches zwischen den Behandelnden um der Steigerung von Qualität, Effizienz und Prozesssicherheit. Durch die Teilnahme der Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) am europäischen Projekt «epSOS» (Smart Open Services for European Patients) ist seit Ende Juni 2013 der Zugriff aus epSOS-Pilotregionen im europäischen Ausland auf das «Patient Summary» von Genfer Patientinnen und Patienten möglich.

Einen weiteren wichtigen Meilenstein stellt die parlamentarische Beratung eines künftigen Bundesgesetzes dar. Der Bundesrat hat im Mai 2013 den entsprechenden

Die Geschwindigkeit und die Intensität, mit der sich das Thema eHealth in den Kantonen verbreitet, sind zwar weiterhin unterschiedlich, das Engagement der Kantone nahm aber auch 2013 weiter zu. Projekte bestehen inzwischen in den Kantonen ZH, LU, FR, BS, SG, AG, TI, VD, VS und GE. Der Kanton Wallis erhielt 2013 für sein Projekt Infomed das Label «Überregional». Das Projekt Infomed ist eingebettet in eine kantonale Strategie für die Entwicklung einer Gesundheits-Informationsplattform zur Förderung des Informationsaustausches zwischen den Behandelnden um der Steigerung von Qualität, Effizienz und Prozesssicherheit. Durch die Teilnahme der Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) am europäischen Projekt «epSOS» (Smart Open Services for European Patients) ist seit Ende Juni 2013 der Zugriff aus epSOS-Pilotregionen im europäischen Ausland auf das «Patient Summary» von Genfer Patientinnen und Patienten möglich.

6 HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN **KANTONE SETZEN WICHTIGE AKZENTE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG**

Die Kantone setzten wichtige Akzente für eine qualitativ hochstehende Versorgung in der Schweiz. Komplexe Eingriffe am Verdauungstrakt sowie bei starkem Übergewicht dürfen künftig in der Schweiz nur noch an ausgewählten Spitälern durchgeführt werden. Dies entschied das Beschlussorgan für hochspezialisierte Medizin und setzte damit ein wichtiges Zeichen zur Qualitätssicherung.

Die komplikationsanfälligen Eingriffe wurden bisher an einer Vielzahl von Schweizer Spitälern durchgeführt, mit teilweise weniger als den zehn Eingriffen pro Jahr, die für den Kompetenzerhalt notwendig sind. Die Behandlung von an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen wird zukünftig ausnahmslos in einer der neun kideronkologischen Spezialkliniken erfolgen. Für die Behandlung von einzelnen sehr seltenen Krebserkrankungen wurden zur Bündelung der erforderlichen Expertise nationale Kompetenzzentren geschaffen. Damit fällte das Beschlussorgan zukunftssträchtige Entscheide zur Sicherung der Versorgungsqualität. Verschiedene Spitäler reichten jedoch Beschwerde ein.

Erstmalige Neubeurteilung von Leistungszuteilungen

Die periodische Überprüfung der Leistungszuteilungen dient der Qualitätssicherung. Aufgrund der guten Resultate verlängerte das Beschlussorgan in den fünf untersuchten Bereichen die Leistungszuteilungen. So auch bei der Herztransplantation, die weiterhin an den Universitätsspitälern Lausanne, Bern und Zürich durchgeführt werden kann. Ausschlaggebend für diesen Entscheid waren zum einen neue therapeutische Entwicklungen in der Herzmedizin. Die Herztransplantationen werden künftig in ein Gesamtkonzept der Betreuung von schwerer Herzinsuffizienz integriert. Zum andern wurde eine gute Behandlungsqualität an allen drei Universitätsspitälern festgestellt. Bei der Protonentherapie sind hinsichtlich des Bedarfs und der Weiterentwicklung keine grundlegend neuen Erkenntnisse aufgetaucht, welche den Aufbau von weiteren Behandlungsorten gerechtfertigt hätten.



Ausblick 2014 – Kantone passen Verfahren zur hochspezialisierten Medizin an

Das Berichtsjahr war auch von Herausforderungen geprägt. Das Bundesverwaltungsgericht hiess die Beschwerden verschiedener Spitäler teilweise gut und machte Vorgaben zur Ausgestaltung des Planungsverfahrens, das zukünftig in zwei Verfahrensschritten durchzuführen ist. In einem ersten Schritt wird jeweils festgelegt, welche Behandlungen und Eingriffe der hochspezialisierten Medizin zuzurechnen sind, und in einem zweiten Schritt wird die eigentliche Leistungszuteilung vorgenommen. Mit dieser formellen Zweiteilung der Verfahren wird das rechtliche Gehör der Spitäler sichergestellt. Die vom Bundesverwaltungsgericht geforderten Anpassungen beinhalten auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler. Die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts haben zudem Auswirkungen auf die hängigen Beschwerden im Bereich der Bauchchirurgie und der Kinderonkologie. Das Beschlussorgan entschied, die angefochtenen Verfügungen einer Wiedererwägung zu unterziehen. Die bereits in formelle Rechtskraft erwachsenen Zuteilungen sind davon nicht tangiert.



Angeboten, die Sicherstellung der Versorgungsqualität und Fachkompetenz sowie die verstärkte Berücksichtigung in der Versorgungsplanung. In vielen Kantonen bestehen bereits heute kantonale Konzepte bezüglich der Versorgung von demenzkranken Menschen. Der Austausch bewährter Konzepte und die Koordination laufender Arbeiten sind weitere wichtige Aspekte der nationalen Demenzstrategie.

Gesundheit 2020

Der Bundesrat verabschiedete im Januar 2013 die Agenda «Gesundheit 2020». Mit 36 Massnahmen soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Die GDK begrüsst diese langfristige und umfassende gesundheitspolitische Agenda und erklärte sich mit der Mehrzahl der Massnahmen einverstanden. Sie regte an, die Anschlussfähigkeit an andere Politikbereiche auszubauen, bestehende Lücken in Zusammenarbeit mit den Kantonen und weiteren Akteuren zu identifizieren sowie Prioritäten für gemeinsame Massnahmen festzulegen.

NCD-Strategie

Im November 2013 hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik die Erarbeitung einer nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten bis 2016 beschlossen. Die von der GDK mitgetragene Strategie soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessern sowie Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesünderes Verhalten vereinfachen. Schwerpunkte sollen bei der Prävention in der Grundversorgung und bei der Weiterentwicklung der nationalen und kantonalen Präventionsprogramme liegen. Im Fokus stehen Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-, Lungen- und muskuloskeletale Krankheiten.

Nationale Demenzstrategie

Ziele der im November 2013 durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedeten nationalen Demenzstrategie 2014–2017 sind die Sensibilisierung der Bevölkerung, die Förderung von bedarfsgerechten, integrierten

Nationale Strategie Palliative Care

Im Jahr 2013 wurden die Arbeiten zur Umsetzung der bis Ende 2015 laufenden nationalen Strategie Palliative Care weitergeführt. Die GDK hat die Federführung im Teilprojekt «Versorgung und Finanzierung» inne. Mit der Definition von Indikationskriterien für Palliative-Care-Situationen werden die individuelle Behandlungsplanung in der Langzeitpflege optimiert und die Voraussetzungen geschaffen, um die erforderlichen Leistungen besser identifizieren und deren Abbildung in den Bedarfserhebungsinstrumenten überprüfen zu können. Auch die Arbeiten zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur in der Akutsomatik in Bezug auf Palliative-Care-Leistungen sind im Gange. Die Federführung liegt bei der SwissDRG AG, der fachliche Input wird von palliative.ch geleistet.

Nationale Strategie gegen Krebs

Im Mai 2013 verabschiedete der Dialog Nationale Gesundheitspolitik die nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017. Sie gliedert sich in die Bereiche Vorsorge, Behandlung/Betreuung und Forschung. Die konkreten Projekte reichen von der Förderung der schweizweiten Einführung von Brustkrebs-Screening-Programmen über die Definition von Patientenpfaden zur interdisziplinären Betreuung von Krebspatientinnen und Krebspatienten, den Ausbau von Schulungsprogrammen und Beratungsangeboten für Patientinnen und Patienten bis hin zu Massnahmen zur Förderung der klinischen Krebsforschung. Die Kantone werden im Rahmen ihrer Zuständigkeiten einen Beitrag zur Umsetzung der Strategie leisten.

Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Die GDK stützt die Bestrebungen des Bundes zur Realisierung der Qualitätsstrategie und intensiviert die Gespräche über verschiedene Lösungen zur institutionellen Umsetzung. Der GDK-Vorstand hat sich gleichzeitig für eine umfassende Beteiligung der betroffenen Stakeholder und einen adäquaten Einbezug der heutigen Strukturen und Aktivitäten im Feld der Qualitätssicherung ausgesprochen.

Auf fachlicher Ebene haben sich die Fachpersonen der GDK-Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital» intensiv mit den nationalen Ergebnisqualitäts-Messungen und Auswertungen des ANQ im Bereich der Akutsomatik und der Psychiatrie auseinandergesetzt. Im Sommer wurde dazu ein Workshop mit Spezialisten des ANQ durchgeführt. Des Weiteren hat sich die GDK-Begleitgruppe auch mit Massnahmen beschäftigt, mit denen die Kantone die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die sie im Rahmen der Leistungsaufträge an die Listenspitäler stellen, überprüfen können. Nicht zuletzt wurden die Kantone von der stellvertretenden Geschäftsführerin von «patientensicherheit schweiz» über das nationale Pilotprogramm «progress! Patientensicherheit Schweiz: Sicherere Chirurgie» informiert.

Das Swiss Medical Board, das von der GDK mitgetragen wird, hat 2013 die HTA-Berichte «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» und «Systematisches Mammografie-Screening» erarbeitet. Der Bericht zum Mammografie-Screening hat grosses mediales Interesse und kontroverse Diskussionen ausgelöst. Die GDK engagiert sich im Swiss Medical Board für eine optimale Gesundheitsversorgung und die stärkere Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen. Dies entspricht auch der politischen Forderung der Kantone nach verstärkter Wahrnehmung dieser Aufgabe durch den Bund bzw. von ihm beauftragte unabhängige Organisationen im Rahmen einer HTA-Strategie.

Umsetzung Datenaustausch Prämienverbilligung

Der geänderte Art. 65 KVG verpflichtet die Kantone, die individuelle Prämienverbilligung und die Pauschalbeträge für die Krankenversicherung für Ergänzungsleistungsbezüger ab dem 1. Januar 2014 den Krankenversicherern ausbezahlen. Damit dies möglich ist, müssen die Kantone

und Krankenversicherer Informationen austauschen. Die GDK und santésuisse haben die Umsetzung des Datenaustauschs während der letzten zwei Jahre in Zusammenarbeit mit dem Verein eAHV/IV erfolgreich aufgegleist. Alle Kantone und Krankenversicherer erfüllten per Ende 2013 die technischen Voraussetzungen. Der Vollzug der Neuregelung der Prämienverbilligung stellte für die Kantone und Krankenversicherer vor allem aufgrund der kurzen Frist und der hohen technischen Anforderungen eine grosse Aufgabe dar.

Gesundheitsberuferegister NAREG

Die GDK ist daran, insbesondere für die nichtuniversitären Gesundheitsberufe ein nationales Register analog dem Medizinalberuferegister MedReg aufzubauen. Das NAREG wird das gegenwärtig noch im Auftrag der GDK vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) geführte passive, diplombezogene Register ablösen. Das Register dient dem Schutz und der Information von Patientinnen und Patienten, der Information von in- und ausländischen Stellen, der Qualitätssicherung sowie zu statistischen Zwecken. Es vereinfacht ausserdem die Prozesse der Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen.

Die Entwicklung der Softwarelösung NAREG wurde 2013 in Angriff genommen und wird voraussichtlich im Herbst/Winter 2014 abgeschlossen sein. Anschliessend wird das Register in Betrieb genommen, wobei wiederum das SRK das Register im Auftrag der GDK führen wird. In der ersten Betriebsphase werden die Personen- und Diplomdaten mit den Bewilligungsdaten aus den Kantonen angereichert. Damit soll die bereits 2005 hierfür geschaffene Rechtsgrundlage (Art. 12^{ter} der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen IKV) umgesetzt werden. Die IKV wird zurzeit revidiert und befindet sich im Ratifikationsprozess. Die revidierte IKV soll am 1. Januar 2015 in Kraft treten – unter der Voraussetzung, dass ihr bis dahin alle Kantone beigetreten sind.



Weitsicht und geschärfter Blick.

JAHRESRECHNUNG

	2013	2012
ERTRAG		
Kantonsbeiträge	4 474 298	4 200 000
Bankzinsen	11 892	9 604
Übrige Erträge (insb. Beiträge Kantone Umsetzung Art. 65 KVG)	367 159	297 867
Total Ertrag	4 853 349	4 507 471
AUFWAND		
Zentralsekretariat GDK		
Personal	1 497 002	1 443 338
Aufträge	182 777	271 968
Räume	146 874	138 000
Verwaltung	127 641	128 928
Spesen Konferenz	43 528	38 833
Spesen Kommissionen	13 249	11 585
Spesen Sekretariat	8 425	8 270
Total Zentralsekretariat GDK	2 019 495	2 040 923
Beiträge an Projekte	1 863 492	1 859 606
Hochspezialisierte Medizin HSM		
Personal HSM	452 101	389 640
Mandate HSM	376 062	253 831
Spesen BO HSM	10 598	11 474
Spesen FO HSM	100 393	92 226
Spesen Sekretariat HSM	4 846	2 829
Total HSM	944 000	750 000
Total Aufwand ZS GDK und HSM	4 826 987	4 650 529
Ausserordentlicher Erfolg	-1 961	
Aufwand-/Ertragsüberschuss	24 401	-143 058

PROJEKTBEITRÄGE*

OdASanté	210 000	300 000
eHealth	300 000	300 000
Swiss Medical Board	300 000	300 000
Palliativbetreuung	50 000	60 000
ANRESIS (Antibiotikaresistenzprogramm)	183 000	183 000
Kinderkrebsregister	150 000	150 000
Swisstransplant/CNDO	0	180 104
Orphanet	180 000	180 000
Umsetzung Art. 65 KVG	367 159	236 501
Krebsstrategie	80 000	80 000
Netzwerk psychische Gesundheit	33 333	
Arzneimitteldatenbank Pädiatrie	40 000	

* Die Projektbeiträge wurden teilweise über die laufende Rechnung, teilweise aus Reserven finanziert.

BILANZ PER 31. DEZEMBER

	2013	2012
AKTIVEN		
Umlaufvermögen		
Flüssige Mittel	2 119 715	2 047 119
Debitoren	27 147	24 270
Debitoren (Kantone) Darlehen SwissDRG	72 755	116 408
Darlehen CMO SwissDRG	833 333	1 333 333
Debitoren Kantone Art. 65a KVG	112 869	0
Transitorische Aktiven	88 508	12 634
Forderungen Verrechnung	1 274	0
Total Umlaufvermögen	3 255 601	3 533 764
Anlagevermögen		
Total Anlagevermögen	49 301	53 001
Total Aktiven vor Reinverlust	3 304 902	3 586 765
Reinverlust	0	143 058
Total Aktiven	3 304 902	3 729 823
PASSIVEN		
Fremdkapital		
Kreditoren	234 059	201 678
Kreditor CMO SwissDRG	43 653	87 306
Darlehen Kantone SwissDRG	833 333	1 333 333
Rückstellung HSM	438 464	322 891
Rückstellung NAREG	348 536	590 965
Rückstellung Versorgungsqualität	21 190	21 190
Rückstellung eHealth	25 000	55 000
Rückstellung Netzwerk psychische Gesundheit	5 491	6 991
Rückstellung Umsetzung Krebsstrategie	80 000	80 000
Rückstellung Palliative Care/Demenz	42 413	0
Weitere Rückstellungen	43 512	49 941
Transitorische Passiven	662 511	335 130
Total Fremdkapital	2 778 162	3 084 426
Eigenkapital		
Total Eigenkapital	502 338	645 397
Total Passiven vor Reingewinn	3 280 500	3 729 823
Reingewinn	24 401	
Total Passiven	3 304 902	3 729 823

MITGLIEDER VORSTAND, PLENARVERSAMMLUNG, BESCHLUSSORGAN HSM UND MITARBEITENDE ZENTRALESEKRETARIAT



Vorstand

von links:

Regierungsrat Guido Graf, LU
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI
Regierungsrat Bernhard Koch, TG
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Präsident)
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
(Vizepräsident)
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG
Staatsrat Mauro Poggia, GE (ab 12.2.2014)
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD

auf dem Bild fehlt:

Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH

Mitglieder

Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Präsident)
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE (Vizepräsident)
Frau Regierungsrätin Barbara Bär, UR
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR (Rechnungsrevisorin)
Frau Statthalter Antonia Fässler, AI
Regierungsrat Peter Gomm, SO
Regierungsrat Guido Graf, LU
Regierungsrätin Ursula Hafner-Wipf, SH (Rechnungsrevisorin)
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG
Regierungsrat Urs Hürlimann, ZG
Regierungsrat Bernhard Koch, TG
Staatsrat Laurent Kurth, NE (ab 1.6.2013)
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
Staatsrätin Gisèle Ory, NE (bis 31.5.2013)
Staatsrat Mauro Poggia, GE (ab 1.12.2013)
Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb, GR
Regierungsrätin Petra Steinen-Rickenbacher, SZ
Minister Michel Thentz, JU
Staatsrat Maurice Tornay, VS (bis 30.4.2013)
Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE (bis 30.11.2013)
Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden, NW
Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten, VS (ab 1.5.2013)
Regierungsrat Hans Wallimann, OW
Regierungsrat Thomas Weber, BL (ab 1.7.2013)
Regierungsrat Dr. Matthias Weishaupt, AR
Regierungsrat Dr. Rolf Widmer, GL
Regierungsrat Peter Zwick, BL (verstorben 23.2.2013)

Beschlussorgan Hochspezialisierte Medizin

Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG (Präsidentin)
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG (Vizepräsidentin)
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR
Regierungsrat Guido Graf, LU
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
Staatsrat Mauro Poggia, GE (ab 1.12.2013)
Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE (bis 30.11.2013)

Zentralesekretariat

Michael Jordi, Zentralesekretär
Stefan Leutwyler, stv. Zentralesekretär
Pierre Bernasconi, Übersetzer (90%)
Pia Coppex, Projektleiterin
Christine Friedli, Sekretärin/Projektassistentin (90%)
Silvia Graf, Sachbearbeiterin/Projektassistentin (60% ab 15.7.2013)
Eva Greganova, Projektleiterin (ab 1.7.2013)
Brigitta Holzberger, Rechtsdienst (50%)
Kathrin Huber, Projektleiterin (80%)
Markus Kaufmann, Projektleiter (50% ab 1.1.2013)
Stéphane Luyet, Dr. sc. pol., Projektleiter (ab 15.1.2014)
Ewa Mariéthoz, Dr. ès sc., Projektleiterin (bis 30.10.2013)
Daniela Schibli, Dr. phil., Projektleiterin (60%)
Georg Schielke, Projektleiter (90%)
Jacqueline Strahm, Sekretariat/Sachbearbeiterin (80%)
Georg von Below, Dr. med., Projektleiter (bis 30.6.2013)
Bettina Wapf, Projektleiterin
Nina Wyss, Dokumentation (30% bis 31.12.2013)

Hinweis

Eine umfassende und aktuelle Liste von Delegierten und Mitgliedern der GDK in eigenen oder externen Gremien und Arbeitsgruppen finden Sie auf unserer Website unter www.gdk-cds.ch > Die GDK > GDK-Gremien.